

UTILISASI PELAYANAN KESEHATAN IBU HAMIL MELALUI INTEGRASI PROGRAM PERENCANAAN PERSALINAN DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI DAN ANTENATAL CARE DI POSYANDU KOTA MOJOKERTO, PROVINSI JAWA TIMUR

(Utilization of Pregnant Women Services through Integrating Childbirth Planning and Complications Prevention Program and Antenatal Care at Integrated Health Services Post in Mojokerto City, East Java Province)

Muhammad Agus Mikrajab¹ dan Syahrianti²

ABSTRACT

Background: Implementing the Childbirth Planning and Complications Prevention Program that has released by Ministry of Health in 2007 for Pregnant women Services at Posyandu still tackles concern maternal health services particularly pregnant women that will be affected in achieving Fourth and Five MDGs Goals targets. **Objectives:** This study aimed to describe characteristics of pregnant women and to assess utilization of pregnant women services through integrating Childbirth Planning and Complications Prevention Program and Antenatal Care at Integrated Health Services Post. **Methods:** A cross sectional design with explorative approach through interview using structured questionnaire of pregnant women. Sample Size in this study was 69 pregnant women. Data were analyzed descriptively with STATA 11SE licensed©. This study was conducted in two health centers in Mojokerto City, Provincial East Java. **Results:** According to the observation shows that Posyandu services was conducted routinely by midwives, physician, nurses and health cadres involves counseling on immunization (92.8%) and family planning (85.5%), basic immunization services for maternal and neonatal (84.1%), allocating supplementary foods (82.6%), and maternal and neonatal services (81.2%) whereas Posyandu services was not conducted involves development and training for cadres (56.5%), receive referrals from traditional birth attendants (TBAs) and cadres (44.9%), referral for pregnant women to health center/hospital (34.8%), examining fundus uteri (33.3%), examining fetal heart rate (31.9%), examining fetus position (27.5%), examining breastfeeding and postpartum mothers (26.1%), Screening (early detection of pregnant women at high risk (23.2%), examining tension and family planning (20.3%). **Conclusions:** P4K and ANC Services focused on high risk groups for pregnancies and delivery problems were 18–25 years and 34–41 years. Most of households head were work in private sector. Most of pregnant women were not referred to health facilities by family when they suffer complications. According to the medical views that pregnant women parity for Grande Para category has a serious health problems particularly maternal and neonatal death. Furthermore, availability of maternal and neonatal cohorts was still low as it cannot be obtained adequate information concerns progress/mother health problems. Integrating P4K and ANC services have founded that services routine coverage of pregnant women at Integrated Health Services Post that conducted by midwives was still low. **Recommendations:** Increasing role of pregnant women through pregnant women class and more broadly socialization concern important of referral system and health services facilities availability for pregnant women and health examination only to health professions. Building partnership with traditional birth attendants in referring as pregnant women examination coverage to traditional birth attendants can be decreased. Conducting pregnant women counseling is concerned with pregnant women risk and number children that fulfill health requirements. It also, policy of local government to implement recording system for maternal and neonatal cohorts, information system based local area monitoring and its application particularly midwives and other health professions.

Key words: Utilization, Pregnant Women, P4K, Antenatal Care, Integrated Health Services Post

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan, dan Pemberdayaan Masyarakat - Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Indrapura No. 17 Surabaya 60176 Jawa Timur
Alamat Korespondensi: E-mail: naufal0817@yahoo.com

² Politeknik Kesehatan Kendari Kementerian Kesehatan RI, Jl. A.H. Nasution No. G. 14 Anduonohu, Sulawesi Utara

ABSTRAK

Latar belakang: Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2007 dalam pelayanan kesehatan maternal di Posyandu masih menyimpan permasalahan terkait pelayanan kesehatan maternal khususnya antenatal care yang akan berdampak pencapaian tujuan ke-4 dan 5 MDGs. **Tujuan:** Mendeskripsikan karakteristik Ibu Hamil dalam P4K dan Antenatal Care di Posyandu; dan menilai utilisasi pelayanan kesehatan Ibu Hamil melalui integrasi P4K dan Antenatal Care di Posyandu. **Metode:** Desain penelitian potong lintang dengan pendekatan eksploratif melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur ibu hamil. Besar sampel adalah 69 wanita hamil. Analisis data dilakukan secara deskriptif. Piranti lunak yang digunakan adalah STATA 11SE berlisensi. Penelitian ini dilakukan di Kota Mojokerto, Provinsi Jawa Timur. **Hasil:** Berdasarkan pemantauan diperoleh informasi bahwa pelayanan kesehatan di Posyandu yang rutin dilaksanakan dengan baik rata-rata 80% oleh bidan, dokter, perawat, dan kader kesehatan meliputi Penyuluhan tentang Imunisasi (92,8%) disusul penyuluhan tentang KB (85,5%) pelayanan imunisasi dasar dan Ibu (84,1%), Pemberian PMT (82,6%), pelayanan KIA (81,2%) sedangkan kegiatan yang masih tidak dilaksanakan meliputi membina dan melatih kader (56,5%), menerima Rujukan dari Dukun dan Kader (44,9%), merujuk Ibu Hamil ke Puskesmas/RS (34,8%), pemeriksaan Tinggi Fundus (TFU) (33,3%), pemeriksaan Denyut Jantung Janin (31,9%), pemeriksaan Letak Janin (27,5%), pemeriksaan Ibu menyusui dan Nifas (26,1%), skreening (deteksi dini risiko tinggi ibu hamil) (23,2%), pemeriksaan Tekanan Darah dan pelayanan KB (20,3%). **Kesimpulan:** Pelayanan P4K dan ANC difokuskan pada kelompok resti ibu hamil dan persalinan yaitu usia 18-25 tahun dan 34-41 tahun. Kebanyakan besar kepala rumah tangga bekerja di sektor swasta. Kebanyakan wanita hamil tidak di rujuk oleh keluarganya saat mereka mengalami komplikasi. Menurut pandangan medis bahwa paritas ibu hamil kategori grande para berisiko mengalami masalah serius terutama terjadinya kematian ibu dan bayi. Selanjutnya, ketersediaan kohor ibu dan bayi masih rendah sehingga kita tidak dapat memperoleh informasi memadai berkaitan perkembangan/masalah kesehatan ibu. Integrasi pelayanan P4K dan ANC, ditemukan bahwa cakupan pelayanan rutin ibu hamil di Posyandu yang dilaksanakan bidan masih rendah. **Saran:** Meningkatkan peran ibu hamil melalui kelas ibu hamil serta sosialisasi secara lebih luas mengenai esensi sistem rujukan berjenjang dan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia kepada ibu hamil serta memeriksakan kesehatan hanya kepada tenaga kesehatan, membangun kemitraan dengan dukun dalam rujukan sehingga angka kunjungan pemeriksaan ibu hamil ke dukun menurun. Perlunya melaksanakan konseling kepada ibu hamil mengenai risiko kehamilan dan jumlah anak yang memenuhi syarat kesehatan serta perlunya kebijakan pemerintah daerah dalam penerapan sistem pencatatan kohor ibu dan bayi, pemantauan wilayah setempat berbasis sistem informasi serta peningkatan penerapannya terutama tenaga bidan.

Kata kunci: Utilisasi, Ibu Hamil, P4K, ANC, Posyandu

Naskah Masuk: 15 Februari 2013, Review 1: 18 Februari 2013, Review 2: 18 Februari 2013, Naskah layak terbit: 20 April 2013

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan maternal khususnya fase kehamilan sangat esensial bagi ibu. Fase kehamilan menjadi perhatian khusus tenaga kesehatan terutama bidan karena pada fase ini kemungkinan buruk bisa terjadi yang dapat berakibat membahayakan ibu dan bayinya. Pada fase ini seorang ibu hamil dapat mengalami komplikasi kehamilan bila dari awal kehamilan tidak dilaksanakan pelayanan kesehatan ibu hamil dan bayinya sesuai dengan pedoman standar yang telah ditetapkan.

Partisipasi tenaga kesehatan terutama bidan dalam menjembatani pelayanan kesehatan maternal khususnya fase *antenatal care* (ANC/*prenatal care*) pada ibu hamil menjadi tujuan kunci strategi dalam upaya menurunkan AKI dan AKB di Indonesia seperti yang tertuang dalam tujuan 4 dan 5 pembangunan

Milenium (MDGs) serta indikator *outcomes* pelayanan kesehatan maternal (KIA dan KB) di Indonesia pada tahun 2015 yang juga termaktub dalam Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Partisipasi bidan sebagai ujung tombak dalam pelayanan kesehatan maternal (*First point of contact*) menjadi dasar utama dari kebijakan pembangunan kesehatan untuk dapat menapis permasalahan KIA di Posyandu yang berfokus dalam mendeteksi dini komplikasi/kelainan pada masa hamil, nifas, dan pascanifas dengan menerapkan prinsip pelayanan antenatal terpadu (*integrated antenatal care*).

Pembangunan kesehatan masyarakat tersebut akan menjadi lebih baik bila indikator *outcomes* utilisasi pelayanan kesehatan maternal di Posyandu mengalami peningkatan secara kualitas dan kuantitas

yang dapat berimplikasi pada kualitas kesehatan ibu dan anak. Berbagai upaya Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dan Institusi lintas sektoral di daerah yang dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB di Indonesia seperti peningkatan anggaran pelayanan kesehatan termasuk promosi kesehatan dan program kesehatan lainnya termasuk program masif seperti P4K, dan bentuk bantuan sosial yaitu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan (Jampersal), serta Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan sehingga diharapkan akseptabilitas masyarakat terhadap program tersebut dapat lebih baik (Depkes, 2008a).

Sejak Kementerian Kesehatan mengeluarkan kebijakan P4K tahun 2007 dan melaksanakan kebijakan internasional *Safe Motherhood* tahun 1988 yang dikenal 4 pilar yaitu KB, pelayanan *antenatal care*, persalinan bersih, dan penanganan masa nifas kemudian dilanjutkan dengan program *Making Pregnancy Safer* (MPS) tahun 2000 yaitu persalinan oleh tenaga kesehatan, penanggulangan komplikasi, pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran diharapkan juga mampu menurunkan angka kematian ibu dan anak khususnya di Kota Mojokerto.

Selanjutnya, fungsi Posyandu sebagai wadah dalam mendekatkan pelayanan kesehatan masyarakat terutama ibu, bayi dan anak yang merupakan salah satu strategi upaya menurunkan angka kematian ibu dan anak tersebut dapat dijelaskan secara detail dalam studi ini peran bidan dan ibu hamil dalam pelayanan kesehatan melalui program P4K meliputi kegiatan dan sasaran P4K dalam utilisasi Posyandu pada ibu hamil, melahirkan, nifas, pasca nifas, dan bayi. Upaya yang telah dilakukan Puskesmas melalui Posyandu dalam meningkatkan pelayanan P4K terkait utilisasi fasilitas kesehatan harus dapat dipertahankan terutama pada pelayanan kesehatan ibu, bayi, dan anak serta diintegrasikan dengan pelayanan *antenatal care* dalam menyukseskan kegiatan P4K di Posyandu sehingga tujuan peningkatan pelayanan kesehatan ibu, bayi, dan anak dapat tercapai sesuai dengan harapan semua komponen masyarakat khususnya di Kota Mojokerto (Depkes, 2008a). Hasil Riskesdas tahun 2007 mendeskripsikan bahwa persentase ibu melahirkan di fasilitas kesehatan adalah 55,4% sedangkan 43,2% lainnya melahirkan di rumah atau tempat lain. Di antara ibu yang melahirkan di rumah terdapat 40,2% ditolong oleh tenaga non

kesehatan terutama dukun. Hal tersebut menunjukkan masih tingginya penolong persalinan non terampil yang melakukan asuhan persalinan yang bukan di fasilitas kesehatan. Peran bidan dalam memberikan konseling kepada dukun dan tenaga nonnakes mutlak dibutuhkan, strategi penapisan mulai dari kunjungan awal sampai kunjungan ke 4 pada fase kehamilan mutlak dilakukan oleh bidan dan mendorong ibu untuk akses pemeriksaan *antenatal care* lengkap (K4) di fasilitas kesehatan Posyandu dan lainnya yang ada sehingga tidak ditemukan lagi ibu yang tidak menerima pelayanan pada saat kontak dengan tenaga kesehatan (*missed opportunity*) (Badan Litbangkes, 2010).

Menurut laporan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2010 menyebutkan bahwa angka nasional K1 (95,26%) dan K4 (85,56%) meningkat pada tahun 2011 menjadi K1 (95,71%) dan K4 (88,27%). Untuk Provinsi Jawa Timur kunjungan *antenatal care* K1 (96,63%) dan K4 (92,85%) melampaui target angka nasional menunjukkan bahwa peran partisipatif tenaga kesehatan dan masyarakat serta meningkatnya pengetahuan kesadaran ibu hamil dalam pelayanan maternal yang meneruskan sampai kunjungan 2 kali pada triwulan ketiga (K4) terutama antenatal sangat baik (Kemenkes, 2011a; 2012a; 2012b).

Berdasarkan nilai standar pelayanan yang harus dicapai dalam pelayanan ANC untuk kunjungan lengkap ibu hamil target pada 2015 yaitu 95% dan paling sedikit 4 kali yaitu minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan. Adapun pelayanan ANC ibu hamil sesuai standar adalah kunjungan ibu hamil sesuai standar adalah pelayanan yang mencakup minimal: (1) timbang badan dan ukur tinggi badan, (2) ukur tekanan darah, (3) skrining; status imunisasi tetanus (dan pemberian Tetanus Toksoid), (4) ukur tinggi fundus; uteri, (5) pemberian tablet besi (90 tablet selama kehamilan), (6) temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling), (7) test laboratorium sederhana (Hb, Protein urine) dan atau berdasarkan indikasi (HbsAg, Sifilis, HIV, Malaria, TBC) (Depkes, 2008b).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Kota Mojokerto menunjukkan kenaikan dari 7,7 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2009 menjadi 11,6 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2010. Meskipun demikian, AKB Kota Mojokerto tahun 2010 masih lebih rendah jika dibandingkan dengan angka nasional yaitu 25,7

per 1.000 kelahiran hidup dan sudah memenuhi target MDG's untuk penurunan AKB sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Target MDG's untuk penurunan AKI sebesar 110 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015. Untuk Kota Mojokerto, pada tahun 2010 terdapat 2.005 sasaran ibu hamil. Pelayanan antenatal khususnya oleh bidan di Puskesmas, sekitar 20% di antara ibu hamil yang ditemui, tergolong dalam kasus risiko tinggi yang memerlukan pelayanan kesehatan rujukan sedangkan Persentase tenaga penolong persalinan di Kota Mojokerto adalah Bidan (10,95%) dan Medis (9, 89%). Menunjukkan bahwa masih terbatasnya distribusi dan ketersediaan tenaga bidan dan dokter dalam melayani Ibu hamil (Dinkes Kota Mojokerto, 2011).

Di sisi lain, masih ditemui disparitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan cakupan imunisasi antar wilayah di Indonesia masih tinggi, yaitu: cakupan pemeriksaan kehamilan tertinggi 97,1% dan terendah 67%; cakupan imunisasi lengkap tertinggi sebesar 73,9% dan cakupan terendah sebesar 17,3% pada Riskesdas 2007; rata-rata cakupan pemeriksaan kehamilan sebesar 61,4% dan rata-rata cakupan imunisasi lengkap sebesar 53,8% pada Riskesdas 2010. Menunjukkan bahwa penerapan sistem kesehatan dalam pelayanan kesehatan yang bervariasi dan berbeda-beda (Badan Litbangkes 2008, 2010). Menurut laporan terdapat 83,14/100.000 kelahiran hidup di mana penyebab kematian: perdarahan 33%, eklamsia/pre eklamsia 25%, penyakit jantung 12%, infeksi 8%, lain-lain 22%. AKBA (Angka Kematian Balita) 35,09/1000 KH, angka ini lebih tinggi dari angka nasional yaitu 34 per 1000 KH, dengan penyebab kematian bayi BBLR 41,39%, Asfiksia 19%, Tetanus Neonatorum 0,70%, infeksi 4,92%, trauma lahir 4,59%, kelainan bawaan 12, 79% dan penyebab lainnya 16,61%. Persentase Balita tidak pernah ditimbang 20,6 %, sedang yang rutin ditimbang sebesar 57,7 %. Sebagian besar (84,1%) penimbangan dilakukan di posyandu. Berdasar catatan KMS, prevalensi bayi berat lahir rendah < 2500 gram sebanyak 11,5%. (BPS, 2008; Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2011).

Cakupan deteksi dini risiko tinggi oleh masyarakat dapat digunakan untuk memantau kemampuan dan peran serta masyarakat termasuk peran ibu hamil itu sendiri, sedangkan cakupan deteksi dini risiko tinggi oleh tenaga kesehatan dapat digunakan untuk

memperkirakan besarnya masalah yang dihadapi oleh program KIA. Adapun keadaan sampai dengan akhir tahun 2010, dari 2.005 sasaran ibu hamil, terdapat perkiraan sasaran 401 ibu hamil risiko tinggi. Dari sasaran tersebut, jumlah ibu hamil risiko tinggi yang ditemukan tahun 2010 sebanyak 399 ibu hamil resti atau 99,50% dari target sasaran (Dinkes Kota Mojokerto, 2011). Menunjukkan bahwa angka risiko tinggi pada Ibu hamil masih tinggi sehingga diperlukan suatu peran partisipatif dan integratif antara bidan, dokter, perawat, dan kader kesehatan dalam meningkatkan integrasi pelayanan (P4K dan *antenatal care*) pada ibu hamil di Kota Mojokerto.

Berdasarkan informasi di atas, maka perlu di kaji utilisasi pelayanan ibu hamil melalui integrasi program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dan *antenatal care* di Posyandu di Kota Mojokerto, Jawa Timur. Adapun tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan karakteristik ibu hamil dalam integrasi program P4K dan *antenatal care* di Posyandu; dan mengakses utilisasi pelayanan kesehatan ibu hamil dengan integrasi P4K dan *antenatal care* di Posyandu.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian non intervensi dengan melakukan penilaian terhadap posyandu dalam program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) *integrasi* dan *antenatal care* dalam rangka percepatan target MDGs tahun 2015. Sedangkan desain penelitian ini adalah potong lintang (*cross sectional*) dengan pendekatan eksploratif yang wawancara dilakukan dengan menggunakan kuesioner terstruktur ibu hamil. Pemilihan lokasi penelitian didasarkan pada indeks IPKM Kota Mojokerto yang mempunyai indeks IPKM 0,653035 (peringkat ke-20 dari 440 kabupaten) dan AKB di Kota Mojokerto termasuk tinggi di Provinsi Jawa Timur yaitu 11,6‰ kelahiran hidup (2010). Besar sampel adalah 69 dan unit analisis adalah Ibu Hamil. Analisis data dilakukan dengan deskriptif data (univariat) untuk menjawab tujuan penelitian. Piranti lunak yang digunakan adalah STATA 11SE *licensed*© Serial Number 40110525372. Penelitian ini dilakukan di dua Puskesmas di Kota Mojokerto, Provinsi Jawa Timur dengan waktu penelitian 5 (lima) bulan tahun 2011.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan Persentase ibu hamil yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di berbagai provider (Puskesmas, Posyandu). Menurut tingkat pendidikan ibu hamil memanfaatkan pelayanan kesehatan di dominasi berpendidikan SLTA/MA (65,2%), hanya sedikit ibu hamil yang berpendidikan tinggi memanfaatkan pelayanan kesehatan di berbagai provider, kemungkinan ibu hamil yang berpendidikan tinggi banyak memanfaatkan RS Pemerintah, RS Swasta, dan atau klinik dengan fasilitas jaminan kesehatan (*Health Insurance*). Menurut usia ibu, masih terdapat risiko tinggi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan masalah obstetri selama fase kehamilan dan persalinan dan dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi yaitu antara usia 18–25 tahun (30,4%) dan usia 34–41 tahun (14,5%). Menurut pekerjaan, masih

Tabel 1. Karakteristik Ibu Hamil di Kota Mojokerto, tahun 2011

No	Variabel	Kota Mojokerto (n = 69) (%)
1.	Pendidikan Ibu	
	Tidak Tamat SD	4 (5,8)
	Tamat SD/MI	5 (7,2)
	Tamat SLTP/MTs	8 (11,6)
	Tamat SLTA/MA	45 (65,2)
	Tamat Akademi/D3	2 (2,9)
	Tamat Sarjana/S1	5 (7,2)
2.	Usia Ibu	
	18–25 tahun	21 (30,4)
	26–33 tahun	35 (50,7)
	34–41 tahun	10 (14,5)
	≥ 42 tahun	3 (4,3)
3.	Pekerjaan Ibu	
	Ibu Rumah Tangga	47 (68,1)
	Buruh/Buruh Tani/Buruh Nelayan/Buruh Pabrik	8 (11,6)
	Petani	4 (5,8)
	Nelayan	1 (1,4)
	Pedagang/Wiraswasta	5 (7,2)
	PNS/TNI/POLRI	4 (5,8)
4.	Penghasilan Kepala Rumah Tangga	
	Tetap	16 (23,2)
	Tidak Tetap	53 (76,8)

Sumber: Data Primer, 2012. Data yang di analisis

Tabel 2. Utilisasi Pemeriksaan Kehamilan Pertama Kali menurut Tempat di Kota Mojokerto, tahun 2011

No	Variabel	Kota Mojokerto (n = 69) (%)
1.	Rumah Ibu Hamil	1 (1,4)
2.	Rumah Petugas/Nakes	9 (13,0)
3.	Posyandu	8 (11,6)
4.	Polindes	11 (15,9)
5.	Poliklinik Swasta	8 (11,6)
6.	Puskesmas/Pustu	25 (36,2)
7.	RS Pemerintah	3 (4,3)
8.	RS Swasta	4 (5,8)

Sumber: Data Primer, 2012. Data yang di analisis

Tabel 3. Utilisasi Pemeriksa Kehamilan Pertama Kali menurut jenis tenaga kesehatan di Kota Mojokerto, tahun 2011

No	Variabel	Kota Mojokerto (n = 69) (%)
1.	Bidan di Desa	20 (29,9)
2.	Bidan Puskesmas	28 (40,6)
3.	Bidan Swasta	9 (13,0)
4.	Dokter Umum	2 (2,9)
5.	Dokter Spesialis	10 (14,5)

Sumber: Data Primer, 2012. Data yang di analisis

terdapat ibu yang berisiko terjadinya kelelahan, kurang gizi sehingga dapat terjadi keguguran pada jenis pekerjaan Buruh/Buruh Tani/Buruh Nelayan/Buruh Pabrik (11,6%). Sedangkan menurut penghasilan kepala rumah tangga kebanyakan bekerja tidak tetap (76,8%) seperti berdagang dan wiraswasta, kebetulan di kota Mojokerto merupakan daerah industri sehingga banyak kepala rumah tangga yang berdagang dan sisanya berprofesi sebagai PNS/BUMN di beberapa Instansi Pemerintah.

Tabel 2 menunjukkan bahwa utilisasi pemeriksaan kehamilan pertama kali menurut Tempat, terbanyak ke provider Puskesmas/Pustu (36,2%) dengan alasan kedekatan dengan fasilitas pelayanan dan makin meningkatnya pengetahuan ibu hamil akan pentingnya ke fasilitas pelayanan kesehatan. Sebagian ke Tenaga Kesehatan yang tersedia di wilayah kota Mojokerto seperti Polindes (15,9%), Rumah Petugas (13,0%), Posyandu (11,6%) dan Poliklinik Swasta (11,6%).

Tabel 4. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil menurut pemberian rujukan di Kota Mojokerto, tahun 2011

No	Variabel	Kode Pelayanan* (n = 69)				
		K %	B %	P %	D %	TR %
1.	Pemberian Rujukan	1(5,0)	11(55,0)	0(0,0)	0(0,0)	8(40,0)
		D %	S %	O %	P %	L %
2.	Pemberi Saran	23(33,3)	19(27,5)	7(10,1)	17(24,6)	3(4,3)

Sumber: Data Primer, 2012. Data yang di analisis

Keterangan : Kode Pelayanan: K = Kader, B = Bidan di Desa, P = Puskesmas, D = Dokter, TR = Tidak di rujuk, D = Sendiri, S = Suami, O = Orang tua/mertua, P = Petugas kesehatan, L = Lainnya

Tabel 5. Tujuan berkunjung ke Posyandu pada Ibu di Kota Mojokerto, tahun 2011

Variabel	Kode Tujuan* (n = 69)					
	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %
Tujuan Kunjungan	24 (34,8)	1 (1,4)	18 (26,1)	9 (13,0)	16 (23,2)	1 (1,4)

Sumber: Data Primer, 2012. Data yang di analisis

Keterangan : *Kode Tujuan: 1 = Pemeriksaan Kehamilan, 2 = Post Natal Care/Nifas, 3 = Pemeriksaan Bayi dan Anak, 4 = Imunisasi, 5 = Penimbangan Badan/PMT, 6 = Lainnya

Tabel 6. Karakteristik Responden menurut Paritas, Metode Persalinan, dan Transportasi di Kota Mojokerto, tahun 2011

Variabel	Kode* (n = 69)								
	Primi %	Multi %	Grande %	S %	PV %	SC %	J %	S %	SM %
Paritas Ibu	0 (0,0)	49 (71,0)	20 (29,0)	-	-	-	-	-	-
Metode Persalinan	-	-	-	59 (85,5)	1 (1,4)	9 (13,0)	-	-	-
Transportasi	-	-	-	-	-	-	58 (84,1)	3 (4,3)	8 (11,6)

Sumber: Data Primer, 2012. Data yang dianalisis

Keterangan: *Kode: Primivara (1), Multi (2–4), Grand (≥ 5), S = Spontan, PV = Tindakan per vagina, SC = Operasi *Sectio Caesaria*, J = Jalan Kaki, SM = Sepeda, SM = Sepeda Motor

Tabel 3 menunjukkan bahwa utilisasi pemeriksa kehamilan pertama kali menurut jenis tenaga kesehatan paling banyak memanfaatkan Bidan Puskesmas (40,6%). Peran bidan dalam memberikan sosialisasi dan pengetahuan ibu seputar pelayanan KIA serta sejalan dengan kebijakan Kementerian Kesehatan dan tujuan ke 4 dan ke 5 *MDGs* pelayanan kesehatan ibu dan anak di Puskesmas dan Posyandu serta fasilitas pendukung di desa diwajibkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan terutama bidan.

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa alasan ibu hamil memperoleh rujukan paling banyak Bidan di desa (55,0%) disebabkan pertimbangan masalah KIA (resti, dan obstetri) dan masalah lain terkait kehamilan. Sedangkan alasan tidak di rujuk juga masih tinggi

(40%) berupa keterbatasan finansial dan transportasi masih menjadi alasan utama tidak di rujuk, sedangkan Pemberi saran mengenai tempat penolong persalinan paling banyak inisiatif dari ibu hamil (33,3%) dan peran Suami (27,5%) serta peran Petugas Kesehatan dalam menjelaskan pentingnya kesehatan ibu dan anak kepada ibu hamil (24,6%).

Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan bahwa tujuan kunjungan ibu ke Posyandu paling banyak untuk pemeriksaan kehamilan (34,8%) dan pemeriksaan bayi dan anak (26,1%). Kesadaran dan pengetahuan pentingnya KIA menjadi dasar utama ibu berkunjung, baik kunjungan *antenatal care* maupun *postnatal care*.

Berdasarkan Tabel 6 menunjukkan bahwa paritas ibu hamil yang mempunyai riwayat kehamilan

Tabel 7. Ketersediaan Kohor Ibu Hamil di Posyandu di Kota Mojokerto, tahun 2011

No	Variabel	Kode Pelayanan* (n = 20)	
		T %	TT %
1.	Register Kohor Ibu	9 (45,0)	11 (55,0)
2.	Register Kohor Bayi	7 (35,0)	13 (65,0)

Sumber: Data Primer, 2012. Data yang di analisis

Keterangan : *Kode Pelayanan: T = Tersedia, TT = Tidak Tersedia

(paritas) *Grande* (29,0%) mempunyai risiko terjadinya kematian neonatal lebih tinggi dibandingkan Primi dan Multipara serta dapat memengaruhi kesehatan ibu. Metode persalinan (*mode of delivery in childbirth*) menunjukkan banyak dilakukan secara normal atau jalan lahir (85,5%), sedangkan untuk mengakses Posyandu dengan berjalan kaki dari rumah (84,1%).

Berdasarkan Tabel 7 menunjukkan bahwa observasi perkembangan kesehatan/masalah termasuk keadaan atau risiko yang dialami ibu mulai masa kehamilan dan nifas melalui kohor Ibu baru

dapat di deteksi (45,0%) sedangkan untuk observasi perkembangan kesehatan/masalah termasuk keadaan atau risiko yang dialami bayi mulai masa neonatus, bayi dan balita melalui kohor bayi baru dapat di deteksi (35,0%).

Pada Tabel 8 menunjukkan hasil observasi pelayanan terintegrasi P4K dan *antenatal care* yang dengan kemitraan antara bidan, dokter, perawat, dan kader kesehatan dalam pelayanan P4K dan ANC di Posyandu. Dari 21 jenis pelayanan P4K yang dilaksanakan di Posyandu telah terintegrasi dengan jenis pelayanan *antenatal care* (ANC) terpadu dan setiap jenis pelayanan ANC berjalan satu paket dengan pelayanan P4K sesuai dengan pedoman P4K dan pedoman ANC terpadu yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang belum dilaksanakan dalam pemeriksaan Tekanan Darah (20,3%), Pemeriksaan Letak Janin (27,5%), Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (31,9%), Pemeriksaan Tinggi Fundus (33,3%), Skrining (deteksi Risiko Tinggi) (23,2%), Merujuk Ibu Hamil ke Puskesmas/RS

Tabel 8. Utilisasi Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil dengan integrasi P4K dan ANC di Posyandu di Kota Mojokerto, tahun 2011

No	Variabel	Kode Pelayanan* (n = 69)		
		TP %	J %	RD %
1.	Penimbangan Ibu Hamil	9 (13,0)	15 (21,7)	45 (65,2)
2.	Pemeriksaan Tekanan Darah	14 (20,3)	17 (20,3)	38 (55,1)
3.	Pemeriksaan Letak Janin	19 (27,5)	20 (29,0)	30 (43,5)
4.	Pemeriksaan Denyut Jantung Janin	22 (31,9)	20 (29,0)	27 (39,1)
5.	Pemeriksaan Tinggi Fundus (TFU)	23 (33,3)	21 (30,4)	25 (36,2)
6.	Pencatatan Umur Kehamilan	6 (8,7)	10 (14,5)	53 (76,8)
7.	Penyuluhan tentang Risiko Kehamilan	10 (14,5)	10 (14,5)	49 (71,0)
8.	Penyuluhan tentang Imunisasi	2 (2,9)	3 (4,4)	64 (92,8)
9.	Penyuluhan tentang KB	6 (8,7)	4 (5,8)	59 (85,5)
10.	Skrining (deteksi risiko tinggi)	16 (23,2)	19 (27,5)	34 (49,3)
11.	Merujuk Ibu Hamil ke Puskesmas/RS	24 (34,8)	16 (23,2)	29 (42,0)
12.	Distribusi Oralit	8 (11,6)	17 (24,6)	44 (63,8)
13.	Pemberian Makanan Tambahan (PMT)	4 (5,8)	8 (11,6)	57 (82,6)
14.	Memeriksa Ibu Menyusui dan Nifas	18 (26,1)	17 (24,6)	34 (49,3)
15.	Menerima Rujukan dari Dukun dan Kader	31 (44,9)	22 (31,9)	16 (23,2)
16.	Kunjungan Rumah	7 (10,1)	8 (11,6)	54 (78,3)
17.	Pelayanan KB	14 (20,3)	19 (27,5)	36 (52,2)
18.	Pelayanan Imunisasi desa	4 (5,8)	7 (10,1)	58 (84,1)
19.	Membina dan Melatih Dukun	39 (56,5)	24 (34,8)	6 (8,7)
20.	Membina dan Melatih Kader Posyandu	5 (7,2)	12 (17,4)	52 (75,4)
21.	Pelayanan KIA	1 (1,5)	12 (17,4)	56 (81,2)

Sumber: Data Primer, 2012. Data yang di analisis

Keterangan *Kode Pelayanan: TP = Tidak Pernah, J = Jarang, R = Rutin Dilakukan

(34,8%), Memeriksa Ibu Menyusui dan Nifas (26,1%), Menerima Rujukan dari Dukun dan Kader (44,9%), Pelayanan KB (20,3%), Membina dan Melatih Dukun (56,5%).

PEMBAHASAN

Utilisasi pelayanan kesehatan ibu hamil melalui integrasi P4K dan ANC di Posyandu menjadi bahasan utama. Pelayanan kesehatan ibu hamil sampai saat ini masih menjadi sorotan utama dalam meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan dasar dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan anak, sehingga tahapan fase kehamilan dalam pelayanan kesehatan harus ditingkatkan dan menjadi penapisan utama sesuai dengan tujuan MDGs yaitu menurunkan angka kematian ibu dan anak.

Deteksi kasus komplikasi kehamilan khusus di Kota Mojokerto masih rendah sehingga banyak ditemukan tidak terdeteksinya kasus komplikasi kehamilan di Kota Mojokerto. Kurangnya pengetahuan dan keterampilan serta belum teradopsinya piranti PWS KIA, tidak terdatanya sasaran ibu hamil serta kurangnya informasi dan laporan dari warga/masyarakat juga berkontribusi terjadinya kejadian tersebut. Penemuan kasus komplikasi yang sering terjadi adalah abortus, hiperemesis gravidarum, perdarahan per vaginam, ketuban pecah dini, hipertensi kehamilan (eklamsi, pre-eklamsi), letak bayi sungsang dan kehamilan lewat waktu. Meskipun, Villar *et al.* (2001) dalam penelitiannya di empat negara yaitu Argentina, Kuba, Saudi Arabia, dan Thailand menyebutkan bahwa penerapan model baru WHO dalam pelayanan antenatal rutin yang mencakup BBLR, pre-eklamsia/eklamsia, anemia pasca melahirkan, infeksi saluran kemih tidak berdampak signifikan terhadap outcomes pelayanan maternal dan perinatal.

Selain itu dengan kelas ibu hamil diharapkan adanya pemahaman, perubahan sikap dan perilaku ibu hamil tentang kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan (apakah kehamilan itu, perubahan tubuh selama kehamilan, keluhan umum saat hamil dan cara mengatasinya, apa saja yang perlu dilakukan ibu hamil dan pengaturan gizi termasuk pemberian tablet tambah darah untuk penanggulangan anemia); perawatan kehamilan (kesiapan psikologis menghadapi kehamilan, hubungan suami istri selama kehamilan, obat yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi oleh ibu hamil, tanda bahaya kehamilan, dan P4K); persalinan

(tanda-tanda persalinan, tanda bahaya persalinan, dan proses persalinan). Duncombe *et al.* (2009) menyatakan informasi dan diskusi mengenai cara senam hamil dengan aman, nikmat, dan nyaman harus ditawarkan kepada ibu hamil oleh petugas kesehatan di awal kehamilan, sedangkan keyakinan akan keselamatan akan berdampak pada pola latihan dan selama kehamilan serta bentuk yang paling tepat dari senam hamil mungkin perlu di ubah dari waktu ke waktu untuk mencegah kebosanan.

Selanjutnya, pelaksanaan pemantauan wilayah setempat (PWS) KIA bidan setempat. Adapun kegiatan PWS KIA yang dilaksanakan baik kader maupun bersama bidan adalah terutama PWS KIA yang meliputi identifikasi wanita usia subur (WUS), register ibu hamil, pemeriksaan *antenatal care* (ANC), persalinan ibu, bayi baru lahir (BBL), pemeriksaan *postnatal care* (PNC), pemeriksaan neonatus, bayi-balita, kematian ibu dan bayi dan kunjungan desa/kelurahan yang status KIA jelek termasuk catatan khusus dalam deteksi dini ibu hamil yang mengalami risiko tinggi kehamilan (*high risks pregnancy*) dengan kriteria usia ibu (kurang 23 tahun dan lebih 35 tahun), riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya kurang baik, pre-eklamsi/eklamsi, telah memiliki anak lebih dari 4 orang, DM, HIV/AIDS, kelainan letak janin dan bentuk panggul tidak normal, penyakit jantung serta anemia dan kondisi medis lainnya seperti hipertensi, gangguan pernapasan, dan gangguan ginjal (NICHHD, 2012).

Berdasarkan laporan fasilitas kesehatan Puskesmas di Jawa Timur Pelatihan PWS KIA baru mencapai 30,0%, Pelatihan PONE 14,8%, Pelatihan APN 57,4% sedangkan pelatihan lengkap kesehatan Ibu baru 7,3%. Menunjukkan perlunya peningkatan cakupan pelatihan terutama pada pelatihan PONE, APN dan pelatihan lengkap kesehatan ibu untuk meningkatkan keterampilan pada bidan (Kemenkes, 2011c). Laporan Fasilitas Kesehatan Puskesmas menyebutkan bahwa penggunaan pedoman APN dalam pelayanan persalinan di Puskesmas telah mencapai 84,3%. Menunjukkan bahwa hampir keseluruhan Puskesmas di wilayah Jawa Timur telah menggunakan standar pedoman dalam pelayanan persalinan. Kemudian, di Kota Mojokerto, Persentase pemeriksaan tekanan darah baru 50%. Masih terdapat 40% yang belum memanfaatkan pemeriksaan tekanan darah di Posyandu melainkan memilih sendiri fasilitas pelayanan kesehatan yang ada seperti klinik, RS

Swasta yang bekerja sama dengan Jamsostek dan jaminan kesehatan lainnya. Untuk pemeriksaan berat badan ibu hamil, baru tercakup 50%. Masih terdapat 35% yang belum memanfaatkan pemeriksaan berat badan ibu hamil di Posyandu. Kemungkinan mereka memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Selanjutnya, persentase pemeriksaan TFU ibu hamil baru mencapai 55%. Masih terdapat 45% yang tidak memanfaatkan pemeriksaan TFU di Posyandu. Mungkin ibu hamil memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Klinik, RS Swasta) yang ada di wilayah Kota Mojokerto. Khusus pelayanan imunisasi pada ibu (TT) dan imunisasi dasar lengkap (LIL) di Posyandu pada Bayi (BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B) telah mencapai 90% (Hidayat, 2008; Depkes, 2009; Proverawati *et al.*, 2010, Kemenkes, 2011c).

Berdasarkan informasi bahwa ibu hamil cenderung memanfaatkan bidan Puskesmas. Tampak bahwa terdapat pola yang sama dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan saat hamil dan melahirkan dari sisi jenis tenaga kesehatan, sedangkan cakupan utilisasi persalinan menurut tempat, terjadi perbedaan pola yaitu cenderung memanfaatkan Rumah Petugas/Nakes. Menunjukkan bahwa keterbatasan faktor kemampuan membayar (*ability to pay*) misalnya keterbatasan akses finansial serta ketersediaan fasilitas kesehatan misalnya klinik, dan RS Swasta menjadi kendala khususnya dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal (ibu dan bayi serta anak) sedangkan untuk pemberian rujukan di dominasi atas rekomendasi bidan di desa dan peran keluarga (tidak di rujuk). Secara demografi di wilayah datar dan padat penduduk, akses pelayanan KIA ke bidan cukup dekat diharapkan ibu hamil dapat mengakses fasilitas kesehatan. Tujuan kunjungan ibu ke Posyandu cukup baik dan ada empat hal yang memotivasi ibu ke Posyandu yaitu Pemeriksaan Kehamilan, Pemeriksaan bayi dan anak, Penimbangan BB/PMT serta Imunisasi. Keempat hal tersebut merupakan upaya promosi dan preventif (meningkatkan kesehatan ibu dan anak serta dalam rangka pencegahan penyakit dan komplikasi kehamilan dan pascamelahirkan). Hassan *et al.* (2012) menyatakan bahwa alasan ibu hamil tidak di rujuk adalah faktor ketidaktahuan ibu akan sistem rujukan, hujan lebat, telah dikunjungi oleh dokter, melahirkan pada malam hari, tidak adanya inisiatif yang berarti dari keluarga, peran dan suami yang kurang serta masih adanya ibu hamil yang di rujuk ke dukun.

Sejalan dengan penelitian Eijk *et al.* (2006), (Prawirohardjo, 2009 cit. Pranoto, 2007; Manuaba, 2008; Verney, 2006) menyebutkan bahwa paritas 2–4 yang mendapat pelayanan ANC di fasilitas kesehatan 50,5%. Hal tersebut disebabkan faktor tingkat pendidikan, pekerjaan, keadaan ekonomi, latar belakang budaya dan kepercayaan serta pengetahuan (Friedman, 2004). Disisi lain, Handler *et al.* (1996) melihat dari sisi pelayanan menyatakan bahwa rendahnya kepuasan pelayanan maternal pada ibu hamil disebabkan karena kurangnya seni dalam merawat, rendahnya kompetensi teknis bidan, keberlangsungan perawatan, atmosfir dan lokasi fisik tempat perawatan. Provider penolong persalinan menurut Pemberi Saran di dominasi atas inisiatif sendiri di susul peran suami, dan peran petugas kesehatan. Menunjukkan bahwa di motivasi diri dalam pencarian pertolongan persalinan (*seeking skilled attendance at birth*) mengalami peningkatan.

Ketersediaan register kohor ibu dan bayi di Kota Mojokerto baru mencapai masing-masing 45,0% dan 35,0%. Menunjukkan bahwa masih rendahnya pemanfaatan register kohor ibu dan bayi. Perlu peningkatan peran bidan koordinator dalam menggerakkan bidan di desa untuk mengisi asuhan kebidanan ke dalam register kohor ibu dan bayi. Kegiatan pengisian register kohor bagi ibu adalah pemeriksaan ANC, PNC, Kunjungan Nifas, dan KB Pasca-Persalinan. Kegiatan pengisian kohor Bayi adalah Pemeriksaan Neonatus, Bayi, dan Balita. Palluturi *et al.* (2007) menyatakan bahwa ada hubungan antara keterampilan, dan motivasi dengan kinerja bidan di puskesmas wilayah Kecamatan Pulau Dullah Selatan Kabupaten Maluku Tenggara. Menunjukkan makin tinggi keterampilan dan motivasi bidan berbanding lurus dengan kinerjanya. Masa kerja tidak berhubungan dengan kinerja bidan di puskesmas wilayah Kecamatan Pulau Dullah Selatan Kabupaten Maluku Tenggara dan masa kerja bidan lama dan baru tidak selalu berbanding lurus dengan peningkatan kinerjanya.

Selanjutnya, penelitian Agus & Horiuchi (2012) menyebutkan bahwa 77,9% ibu hamil menerima pelayanan ANC lebih dari 4 kali, 22,1% menerima pelayanan ANC kurang dari 4 kali dan 59,4% menerima pelayanan ANC saat berkunjung. Allegri *et al.* (2011) menyatakan 76% ibu hamil memanfaatkan paling sedikit 3 kali kunjungan ANC dan 72% mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan. Senada dengan

Allegri *et al.* (2011), Agus & Horiuchi (2012) menyatakan ada tiga dimensi yang mendorong ibu hamil di tolong bidan pada saat persalinan yaitu kepercayaan tradisional, jarak ke faskes dan pendapatan keluarga. Transportasi yang digunakan untuk mengakses Posyandu di dominasi jalan kaki. Menunjukkan bahwa jarak ke Posyandu dari rumah Ibu relatif dekat dan ketersediaan Posyandu yang tersebar di berbagai tempat sehingga mendekatkan pelayanan Posyandu kepada ibu lebih dapat tercapai.

Hasil Riskesdas tahun 2007 menyebutkan di Provinsi Jawa Timur terdapat beberapa jenis pelayanan dasar di Posyandu/Poskesdes yang masih rendah cakupannya yaitu: Pelayanan KB baru mencapai 27,2%; KIA 37,7%; Pengobatan 37,7%; Penyuluhan 39,3%; Imunisasi 56,8%; PMT 64,7%; Suplemen Gizi 68,2%; tetapi Penimbangan telah mencapai 96,1%. (Badan Litbangkes, 2008). Sedangkan Laporan Fasilitas Kesehatan di Puskesmas di Jawa Timur menyebutkan pelayanan P4K merupakan persentase tertinggi dilakukan Puskesmas (97,5%), di susul pelayanan ANC terintegrasi (86,1%), kemitraan bidan dan dukun (81,5%) serta kegiatan lengkap kesehatan ibu (44,9%). (Kemenkes, 2011c).

Ditambahkan, hasil Riskesdas tahun 2007 menyebutkan bahwa pemeriksaan kesehatan Ibu Hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Jawa Timur, cakupan tertinggi pada pemeriksaan tensi (97,8%), pemeriksaan berat badan (96,7%), pemberian Fe (94,5%), pemeriksaan fundus (92,2%), imunisasi TT (83,3%), pemeriksaan tinggi badan (73,3%), dan terendah pemeriksaan Hb (30,7%) (Badan Litbangkes, 2008). Utilisasi Provider pemeriksaan kehamilan pertama kali bervariasi cenderung ke Puskesmas/Pustu sedangkan Provider persalinan pada kehamilan sebelumnya berbeda pada kedua tempat dan paling banyak melalui Bidan Puskesmas dan melalui dukun paling sedikit. Untuk Pelayanan Kesehatan di Posyandu sebagian besar menjawab Baik. Hasil Riskesdas tahun 2007 menyebutkan bahwa kebanyakan ibu hamil memanfaatkan Polindes/Posyandu (25,6%) dan tempat melahirkan di rumah di perkotaan (43,9%) sedangkan tempat melahirkan di pedesaan (84,9%). Untuk pemeriksaan kehamilan di Perkotaan, ibu hamil lebih banyak memanfaatkan provider pelayanan kesehatan (94,1%) dibandingkan di pedesaan (78,1%) (Badan Litbangkes, 2008).

Hazarika (2011), & Greena *et al.* (2011) menyatakan bahwa keterampilan petugas merupakan faktor

determinan yang berhubungan dengan pertolongan persalinan, dan terdapat pengaruh bermakna antara keterampilan petugas yang baik dan tidak dalam menolong persalinan di antara penduduk kota dan desa di India. Wanita di Kota lebih memilih tenaga kesehatan terampil daripada wanita di Desa. Dalam menolong persalinan di suatu Negara selain keterampilan tenaga kesehatan terutama bidan diperlukan juga kebijakan terkait pertolongan persalinan terampil sehingga akseptabilitas ibu hamil terhadap provider pelayanan kesehatan meningkat. Butler *et al.* (2008) menyatakan kompetensi bidan adalah menjadi seorang praktisi yang mengutamakan keselamatan pasien meliputi *update* pengetahuan dalam praktik, memiliki ketanggapan profesional; memiliki sikap yang benar meliputi motivasi, komitmen terhadap pelayanan kebidanan; dan menjadi komunikator yang efektif meliputi keterampilan berkomunikasi, menjadi pendengar yang baik, ketersediaan informasi dan fleksibilitas. Bacote (2002) menyatakan ketanggapan, pengetahuan dan keterampilan budaya sangat diperlukan dalam pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kebidanan sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan. Namun, Cignacco (2002) menyatakan dalam melaksanakan tugas profesional terkadang bidan dihadapkan dengan konflik terkait hak perempuan. Konflik tersebut menyebabkan tingginya tekanan emosional, dan masalah identitas profesional.

Barclay (2008) menyatakan bahwa bidan perlu merefleksikan praktik mereka dan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang lebih luas dan bagaimana pengaruhnya pada sistem kesehatan. Bidan juga perlu memahami praktik berdasarkan konteks sosial, ekonomi, sejarah dan budaya, termasuk pengaruh ketidaksetaraan gender dan sikap bidan terhadap perempuan dan diri mereka sebagai bidan. Sejalan dengan Barclay (2008), Homer *et al.* (2009) dalam penelitiannya di Australia menyatakan bahwa beberapa hambatan dalam mencapai peran penuh bidan teridentifikasi termasuk kurangnya kesempatan untuk praktik di seluruh dimensi pelayanan maternal, invisibilitas kebidanan dalam peraturan dan praktik, dominasi kedokteran, kekurangan tenaga kerja, sistem kelembagaan pelayanan maternal, dan kurangnya gambaran yang jelas tentang kebidanan dalam komunitas yang lebih luas. Hambatan tersebut harus diatasi agar bidan dapat berfungsi sesuai dengan potensi dari peran mereka. Ditambahkan bahwa, perlu

peningkatan peran tenaga kesehatan terutama bidan dalam membina dan melatih dukun dalam merujuk dan memberikan pengetahuan yang tepat untuk mengenali tanda dini komplikasi agar segera di rujuk fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

Pendataan ibu hamil melalui deteksi kantong-kantong desa/kelurahan dan koordinasi dengan pihak desa/kelurahan serta aparat kecamatan secara terintegrasi (lintas sektoral) dan dinas kesehatan untuk mencari seluruh ibu hamil (sasaran) yang ada di wilayah kerja Posyandu serta informasi dari warga sekitar. Pendataan tersebut dilakukan melalui sumber data dari desa, PWS Bidan, dan data sasaran pada kehamilan lalu dilakukan *cross check* (verifikasi dan validasi) data dengan melibatkan bidan, perawat dan tenaga kader kesehatan serta aparat desa yang peduli dengan kesehatan ibu hamil. Sedangkan pemasangan stiker P4K di rumah ibu hamil yang dilakukan oleh kader telah dilakukan dengan baik. Adapun isi dari stiker P4K meliputi: Nama Ibu, Taksiran/perkiraan persalinan, Penolong persalinan, Tempat persalinan, pendamping persalinan, transportasi dan calon pendonor darah. Metode pemasangan stiker P4K pada ibu hamil dapat dilakukan dengan dua cara yaitu pada saat kunjungan ke rumah ibu hamil terkait kunjungan umum kader dan atau bidan (pelayanan umum dan P4K) serta pada saat kunjungan ibu hamil di Posyandu. Manfaat dari pemasangan stiker P4K yang ditempelkan di rumah ibu hamil adalah setiap ibu hamil akan tercatat, terdata dan terpantau secara cepat. Dengan data dalam stiker, suami, keluarga, kader, dukun, bersama bidan di desa dapat memantau secara intensif keadaan dan perkembangan kesehatan ibu hamil agar memperoleh pelayanan yang sesuai standar pada saat antenatal, persalinan dan nifas sehingga proses persalinan sampai nifas termasuk rujukan dapat berjalan dengan aman dan selamat untuk mencegah kematian ibu dan bayi lahir selamat.

D'Ambruoso *et al.* (2009) menyatakan bahwa keluarga dan masyarakat tidak menyediakan emergensi dengan dukungan finansial atau transportasi secara terpisah disebabkan kurangnya pemahaman mereka terhadap sistem asuransi kesehatan di tambah kurangnya jaminan asuransi dalam pelayanan ibu hamil. Disini diperlukan suatu mekanisme sistem dalam pelayanan asuransi kesehatan terutama bagi ibu hamil termasuk kepesertaannya dalam pelayanan P4K. Saat ini sangat dibutuhkan suatu sistem asuransi kesehatan yang lebih komprehensif (*universal health*

insurance coverage) dalam membantu meningkatkan pelayanan P4K di Posyandu meskipun saat ini telah hadir bantuan sosial berupa jaminan persalinan, jaminan kesehatan masyarakat maupun jaminan kesehatan daerah. Namun tetap saja diperlukan dukungan swadaya masyarakat sehingga mampu mandiri menjadi salah satu aspek penting untuk mencegah terjadinya kematian ibu melahirkan karena tiga terlambat (*three delays*) yaitu terlambat dalam mencari bantuan medis yang tersedia, mencapai pelayanan kesehatan, dan memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai (UNFPA, 2010).

Dalam Kegiatan P4K dan ANC, peran bidan di Posyandu yang perlu ditingkatkan adalah membuat perencanaan persalinan yang meliputi kegiatan membuat taksiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, transportasi/ambulans desa, calon pendonor darah, penggunaan metode KB pascapersalinan. Kegiatan Posyandu meliputi KIA, imunisasi, gizi, KB, kelas ibu hamil, pencegahan dan penanggulangan diare. Juga membuat laporan bulanan (formulir LB3 dan LB4) pelayanan Posyandu dan P4K di Puskesmas (Depkes, 2008a, 2011b).

Peran kemitraan bidan dan tenaga kesehatan lainnya perlu lebih baik dalam meningkatkan cakupan pemeriksaan pada Ibu hamil dalam mengukur tekanan darah, letak janin, TFU, skrining, merujuk ibu hamil sesegera mungkin, memeriksa kesehatan ibu menyusui dan nifas, meningkatkan sistem rujukan pelayanan kesehatan dari dukun dan kader, pelayanan KB serta membina dan melatih dukun secara lebih proaktif dan partisipatif. Menurut Ariningrum & Aryastami (2008) menyatakan bahwa hambatan dalam pencapaian kunjungan ibu hamil (K4) yaitu: pendataan ibu hamil tidak selalu dijumpai di lapangan, bahkan di wilayah Nusa Tenggara Timur pengertian pendataan ibu hamil adalah ibu yang datang ke fasilitas kesehatan, bukan ibu yang hamil berdasarkan pendataan petugas atau kader di lapangan. Dengan demikian banyak ibu yang tidak termonitor karena tingkat pengetahuan dan kesadaran ibu hamil akan risiko kehamilan masih rendah; jumlah dan distribusi bidan belum memadai; beban kerja petugas tidak disertai dengan ketersediaan sarana/prasarana atau pun insentif, sehingga upaya jemput bola sulit diharapkan. Senada dengan Ariningrum & Aryastami (2008), bahwa standar pelayanan kunjungan Ibu hamil ke Posyandu perlu lebih masif dilaksanakan dalam pemeriksaan TB, BB, tensi, skrining status

imunisasi tetanus (TT), pengukuran TFU, pemberian tablet besi (Fe) dan tes lab sederhana (Hb, protein urine). Pelayanan tersebut belum dilaksanakan dengan baik. Sedangkan, temu wicara secara dalam bentuk komunikasi interpersonal dan konseling belum dilaksanakan dengan baik Depkes (2008b).

Selanjutnya, yang menjadi perhatian utama dalam studi ini adalah dari dimensi sistem perlunya penapisan dan adopsi sistem terintegrasi terhadap cakupan pelayanan ANC pada ibu hamil yang merupakan dasar dalam menilai kinerja pelayanan kesehatan ibu, bayi, dan anak, sangat dilematis minimnya sistem pencatatan dan pelaporan yang terintegrasi berupa catatan restropektif seluruh ibu hamil selama ini meskipun persentase pendataan dan pemasangan stiker ibu hamil baik tetapi yang terjadi catatan tersebut tidak dapat ditemukan dari kohor Ibu/Bayi, partograf mulai dari pelayanan selama hamil (ANC) sampai pascapersalinan (PNC) oleh bidan sampai rumah sakit secara lengkap, sehingga tidak dapat diketahui variabilitas ibu hamil yang memanfaatkan fasilitas kesehatan dan keberlanjutan ibu hamil ke Posyandu serta ketidakakuratan data dan ketidakseragaman laporan ANC.

Dari dimensi kebijakan kesehatan diperlukan harmonisasi antar regulasi terkait pelayanan kesehatan ibu, bayi, dan anak serta regulasi adopsi interoperabilitas sistem terintegrasi mulai dari level bidan di Puskesmas melalui kegiatan Posyandu (Pemberi Pelayanan Kesehatan/PPK tingkat 1) sampai pada rumah sakit rujukan (Pemberi Pelayanan Kesehatan/PPK tingkat III).

Menurut WHO (2007) cit. Ergo *et al.* (2011) menyebutkan bahwa untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan KIA dan khususnya pelayanan ibu hamil diperlukan penguatan sistem kesehatan untuk mencapai tujuan/outcome Kesehatan. Adapun penguatan sistem kesehatan yang dimaksud, meliputi: pelayanan KIA (*service delivery*), ketersediaan dan kecukupan tenaga kesehatan dan pendukungnya termasuk kader, sistem informasi kesehatan, ketersediaan produk medis, vaksin, dan teknologi kesehatan, pembiayaan, kepemimpinan/keperintahan yang baik (*good governance*). Tujuan/*outcome* yang diharapkan adalah: meningkatnya derajat kesehatan, ketanggapan pelayanan kesehatan, proteksi risiko finansial dan sosial, serta terwujudnya efisiensi. Hal ini menunjukkan bahwa peran sistem kesehatan tidak dapat dipisahkan dari

mutu dan jangkauan pelayanan KIA, dengan demikian bahwa pengintegrasian antara komponen dalam sistem tersebut akan mampu meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan KIA yang berimplikasi pada rendahnya AKI dan AKB khususnya di Kota Mojokerto. Penelitian Aniebie (2011) menyatakan bahwa rendahnya kunjungan *antenatal care* di sarana pelayanan kesehatan disebabkan kurangnya pembelajaran yang memadai pada ibu hamil, keraguan Ibu hamil untuk mengenal lebih dekat provider terkait K4, rendahnya deteksi dini penyakit dan kepuasan sosial terkait K4.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan karakteristik ibu hamil dalam program P4K dan ANC ditemukan bahwa kelompok usia yang berisiko tinggi mengalami masalah kehamilan dan persalinan adalah usia 18–25 tahun dan 34–41 tahun. Dari segi penghasilan kepala rumah tangga sebagian besar adalah bekerja di sektor swasta padahal di daerah tersebut merupakan wilayah padat dan industri. Dari segi pemberian rujukan pelayanan kesehatan ibu hamil sebagian besar tidak di rujuk oleh keluarganya disebabkan beberapa hal yaitu ketidaktahuan ibu akan sistem rujukan, melahirkan di malam hari sehingga enggan untuk di rujuk, tidak adanya upaya dari keluarga untuk merujuk, kurangnya peran suami, serta masih adanya kemungkinan memilih ke dukun. Dari segi paritas ibu *grande para* (lebih dari 5 anak) yang secara medis berisiko terjadinya masalah kesehatan yang serius pada ibu hamil dan kematian neonatal. Dari segi register kohor ibu dan bayi juga masih kurang tersedia sistem pencatatan, observasi perkembangan/masalah termasuk keadaan atau risiko ibu mulai fase kehamilan sampai nifas. Keadaan ini menyebabkan tidak dapat di deteksi secara dini seluruh kemungkinan kejadian permasalahan kematian ibu dan bayi. Dari segi pelayanan kesehatan ibu hamil, terintegrasi antara P4K dan ANC, ditemukan bahwa masih rendahnya cakupan pelayanan rutin di Posyandu yang dilakukan oleh kemitraan tenaga kesehatan terutama bidan, dokter, perawat dan kader kesehatan. Pelayanan terintegrasi tersebut meliputi membina dan melatih dukun, menerima rujukan dari kader dan dukun, merujuk ibu hamil ke Puskesmas/RS, Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri dan Denyut Jantung Janin,

Tekanan Darah, Letak janin, skrining untuk risiko tinggi, menyusui dan nifas serta pelayanan KB.

Saran

Rekomendasi yang dapat diajukan terkait temuan penting (*main findings*) hasil studi ini adalah perlunya meningkatkan peran ibu hamil melalui kelas ibu hamil, mensosialisasikan secara lebih luas mengenai esensi sistem rujukan berjenjang dan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia kepada ibu hamil serta memeriksakan kesehatan hanya kepada tenaga kesehatan serta membangun kemitraan dengan dukun dalam rujukan sehingga angka kunjungan pemeriksaan ibu hamil ke dukun menurun. Perlunya melaksanakan konseling kepada ibu hamil mengenai risiko kehamilan dan jumlah anak yang memenuhi syarat kesehatan serta usia produktif dan ideal untuk hamil dan tidak berisiko tinggi.

Perlunya sebuah kebijakan pemerintah daerah dalam penerapan sistem pencatatan kohor ibu dan bayi serta pemantauan wilayah setempat berbasis sistem informasi, peningkatan penerapannya pada tenaga bidan bersama kader dan tenaga kesehatan lainnya serta bidan diharapkan lebih menjangkau kantong-kantong risiko tinggi, observasi stiker P4K, dan kunjungan rumah untuk meningkatkan integrasi pelayanan P4K dan ANC rutin mulai dari level Puskesmas sampai pada pelayanan di Posyandu serta perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai indeks pemanfaatan pelayanan ANC dalam integrasi program P4K dan ANC di Posyandu serta perlu studi kohor mengenai determinan pelayanan integrasi P4K dan ANC di level Puskesmas.

Keterbatasan Penelitian

Tidak dapat diukur indeks kecukupan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* (*prenatal care utilization index*) terkait utilisasi pelayanan kesehatan Ibu hamil pada bayi dengan berat badan rendah (*low birthweight*) karena keterbatasan data dalam item pertanyaan kuesioner.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus Y, & Horiuchi S. 2012. Factors influencing the use of antenatal care in rural West Sumatra, Indonesia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, Vol. 12, No. 9.
- Allegri MD, Ridde V, Louis VR, Sarker M, Tiendrebeogo J, Ye M, Muller O, & Jahn A. 2011. Determinants of

Utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso, *Health Policy* Vol. 99, No. 3, pp. 210–218.

- Aniebue UU, Aniebue PN. 2011. Women's perception as a barrier to focused antenatal care in Nigeria: the issue of fewer antenatal visits, *Health Policy Plan*. Vol. 26, No. 5. pp. 423–8.
- Ariningrum R, Aryastami NK. 2008. Studi Kualitatif Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi setelah penerapan KW-SPM di Kabupaten Badung, Tanah Datar, dan Kota Kupang, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol. 11. No. 1, pp. 33–43.
- Bacote JC. 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health care Services: A Model of Care, *J. Transcult. Nurs*. Vol. 13. No. 3, pp.181–184.
- Badan Litbangkes. 2008. Laporan Hasil Riskesdas-Indonesia tahun 2007, Jakarta.
- _____. 2010. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, Jakarta.
- Barclay L. 2008. Woman and midwives: position, problems and potential. *Midwifery*, Vol. 24. No. 1, pp. 13–21.
- Biro Pusat Statistik. 2008. Laporan Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007, Jakarta.
- Butler MM, Fraser DM, Murphy RJL. 2008. What are the essential competencies required of a midwife at the point of registration, *Midwifery*. Vol. 24 No. 3, pp. 260–269.
- Cignacco E. 2002. Between Professional Duty and Ethical Confusion: midwives and selective termination of pregnancy, *Nurs. Ethics*, Vol. 9 No. 2, pp. 179–191.
- D'Ambruoso L, Adisasmita AE, Izati Y, Makowiecka K, Hussein J. 2009. Assessing quality of care provided by Indonesian village midwives with a confidential enquiry. *Midwifery*, Vol. 25 No. 5, pp. 528–39.
- Depkes RI. 2008. Buku Pedoman P4K, Jakarta.
- _____. 2008. Keputusan Menteri Kesehatan No. 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Juknis SPM bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Jakarta.
- _____. 2009. Imunisasi Dasar Lengkap, Pusat Promkes, Jakarta.
- Dinkes Kota Mojokerto. 2011. Profil Kesehatan Kota Mojokerto 2010, Kota Mojokerto.
- Duncombe D, Wertheim, Skouteris H, Paxton SJ, Kelly L. 2009. Factors related to exercise over the course of pregnancy including women's beliefs about the safety of exercise during pregnancy. *Midwifery*, Vol. 5 No. 4, pp. 430–438.
- Eijk AM, Bles HM, Odhiambo F, Ayisi JG, Blokland IE, Rosen DH, Adazu K, Slutsker L & Lindblade KA. 2006. Use of antenatal services and delivery care among women in rural western Kenya: a community based survey, *Reproductive Health* 3: 2.

- Ergo A, Eichler R, Koblinsky M, & Shah N. 2011. Strengthening Health Systems to Improve Maternal, Neonatal and Child Health Outcomes: A Framework, USAID. Washington DC, USA.
- Friedman. 2004. Keperawatan Keluarga. EGC: Jakarta.
- Greena A, Gereina N, Mirzoeva T, Birda P, Pearsona S, Anh LV, Martineauc T, Mukhopadhyayd M, Qiane X. 2011. Health policy processes in maternal health: A comparison of Vietnam, India and China, *Health Policy* 100(2–3):167–173.
- Handler A, Raube K, Kelley MA, Giachello A. 1996. Women's satisfaction with prenatal care settings: a focus group study, *Birth*. Vol. 23 No. 1, pp. 31–7.
- Hassan H, Jokhio AH, Winter H, & MacArthur Christine. 2012. Safe Delivery and Newborn care practices in Sindh, Pakistan: a community-based investigation of mothers and health workers, *Midwifery*. Vol. 28 No. 4, pp. 466–471.
- Hazarika I. 2011. Factors that Determine the Use of skilled care during delivery in India: Implications for Achievement of MDG-5 Targets, *Matern. Child Health J*. 15: 1381–1388.
- Hidayat AAA. 2008. Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan. Salemba Medika. Jakarta.
- Homer CSE, Passant L, Brodie PM, Kildea S, Leap N, Pincombe J, Thorogood C. 2009. The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery*. Vol. 25 No. 6, pp. 673–681.
- Kemenkes RI. 2011. Profil Kesehatan Indonesia 2010, Jakarta.
- _____. 2011. Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu, Jakarta.
- _____. 2011. Laporan Nasional Riset Fasilitas Kesehatan 2011. (Laporan Puskesmas), Badan Litbangkes, Jakarta.
- _____. 2012. Profil Data Kesehatan Indonesia 2011, Jakarta.
- _____. 2012. Perpres No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Biro Hukor Setjen, Jakarta.
- Manuaba. 2008. Ilmu Kebidanan, Kandungan dan KB. Jakarta: EGC.
- NICHD. 2012. High-Risk, Pregnancy, URL: www.nichd.nih.gov di akses 27 Oktober 2012.
- Palutturi S, Nurhayani, Mandak N. 2007 Determinan Kinerja Bidan di Puskesmas Tahun 2006, *JMPK* Vol. 10 No. 4, pp. 195–200.
- Pranoto. 2007. Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Yogyakarta.
- Proverawati, Atikah & Setyo CDA. 2010. Imunisasi dan Vaksinasi. Nuha Offset, Yogyakarta.
- UNFPA. 2010. Reducing Maternal Mortality 2012, New York. USA.
- Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belizán JM, Farnot U, Al-Mazrou Y, Caroli G, Pinol A, Donner A, Langer A, Nigenda G, Mugford M, Rushby JF, Hutton G, Bergsjø P, Bakketeig L, Berendes H. 2001. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care, *The Lancet*, 357(9268): 1551–64.
- Verney. 2006. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. EGC: Jakarta.

Catatan: Analisis Data dalam artikel ini menggunakan STATA 11SE Licensed dengan *Serial Number* 40110525372.